

(Re)pensar o climatério feminino

CARLA SERRÃO (*)

INTRODUÇÃO

O desaparecimento da menstruação, causado pela perda progressiva da função ovárica, é designado por menopausa (López, 1997). Refere-se à paragem definitiva da menstruação e ao limite da fertilidade, assinalando o início de uma nova fase, com diversas implicações biopsicossociais (Rosuold-Brenholtz, 1995; Sheehy, 1993) que, em conjunto, constituem a chamada “síndrome climatérica” (Botell, Domínguez, & Piñero, 2001).

O termo climatério, originado do grego “Klimater”, significa degrau e é utilizado para designar qualquer etapa vital encarada crítica (Biffi, 1991, cit. Favarato, 2000). Consiste no período de transição entre as fases reprodutiva e não reprodutiva (Gouveia da Silva, 1999) e é a designação, desde há duas décadas, considerada correcta. O climatério tem o seu começo por volta dos 40 anos, sendo dissociado em três fases: perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Martins, 1996, cit. Gouveia da Silva, 1999; Oldenhave & Netelenbos, 1994).

Neste processo de transição e como consequência do hipostrogenismo, surgem vários sintomas físicos, nomeadamente: afrontamentos, suores nocturnos, fragilidade óssea, perda de elasticidade e lubrificação vaginal, problemas ao nível do aparelho genitourinário, perda da sensibilidade da pele, enxaquecas, distúrbios do sono (Silva & Silva, 1999). Existe igualmente um conjunto de consequências

psicológicas, descritas em variadíssimos estudos, tais como: ansiedade, stresse, depressão e irritabilidade (Bottell et al., 2001; Demetrio, 2000).

Como o climatério envolve vários aspectos, não unicamente biológicos, mas também psicológicos e sócio-culturais, tem sido perspectivado sob vários pontos de vista. Assim e de forma global, podemos referir que o climatério tem sido analisado segundo duas tradições antagónicas: uma, que classifica esta etapa como uma doença deficitária, em contraposição de outra, que considera o climatério como um processo natural de envelhecimento.

Durante séculos o climatério esteve associado a perturbações emocionais e físicas. Esta visão prende-se, substancialmente, com as interpretações, estereótipos, mitos e crenças associados à função menstrual. Com toda a certeza “...e em todas as épocas, a menstruação suscitou nas mulheres vergonha e um sentimento de culpabilidade, mas sempre mantendo o seu símbolo de totem de feminilidade” (Senarclens & Fischer, 1977, p. 30).

Na antiguidade, considerava-se a menstruação como um mecanismo para eliminar substâncias impuras e tóxicas. Assim, com a chegada da amenorreia, os produtos perigosos para a saúde da mulher seriam acumulados, provocando alterações do humor e até situações de loucura (López, 1997); tal como mostra o comentário seguinte “Em toda a família se conserva a recordação de uma tia que ficou louca quando da paragem da menstruação...” (Senarclens et al., 1977, p. 30). A mulher é situada, então, numa condição desfavorável em relação ao homem, sendo considerada como um ser diminuído e socialmente irrelevante como resultado da sua infertilidade (López, 1997).

(*) Escola Superior de Educação do Porto, Porto, Portugal.
E-mail: carlaserrao@ese.ipp.pt

Porém, não só na antiguidade é visível esta situação de desigualdade entre géneros e esta associação entre menstruação e sanidade. Exemplo disto é que até 1980, as sintomatologias ansiosa e depressiva apresentada pela mulher climatérica era diagnosticada como melancolia involuntária (American Psychiatric Association, 1987), uma perturbação própria da meia-idade e é representada por "...reações neuróticas, depressivas e hipocondríacas..." (Schneberger de Athayde, 1987, p. 289).

Na actualidade, e segundo alguns autores, persiste a convicção da menstruação como uma circunstância de referência para a identidade feminina, enquanto marcador da sua feminilidade, logo o ciclo menstrual "prova a sua boa saúde, a integridade do seu potencial gravídico, a sua realidade de mulher" (Lebreton, 1994, cit. Filipe, 2001, p. 84). Com efeito, a fecundidade é considerada como a principal justificação da existência da mulher e quando "...confrontada com o seu luto biológico, a mulher já não consegue sentir-se completa..." (Senarclens et al., 1977, p. 50).

Estas e outras convicções alicerçadas, por vezes, a conteúdos pejorativos e associados à observação de alguns sinais de irritabilidade, impaciência, tristeza, fazem com que se promovam discursos, que consideramos quase universais, tais como: "Está na menopausa!" ou "Está na meia-idade!".

Analogamente a este aspecto cultural, sobressai outro: o desconhecimento algo generalizado da existência de uma fase idêntica na vida sexual e reprodutiva do homem, o chamado climatério masculino. E a resposta a esta realidade pode, eventualmente, prender-se com a opinião de Senarclens e Fischer (1977) ao referirem que "...muitos homens esquecem-se de olhar a sua companheira porque, através dela, é a si mesmos que vêem envelhecer!" (p. 167).

Neste sentido a vivência do climatério não depende unicamente das características do próprio acontecimento, mas sim de um conjunto de construções/representações sociais sobre a capacidade reprodutiva, a sexualidade, a menstruação, a fertilidade e o envelhecimento, que constroem a identidade feminina (Pelcastre-Villafuerte, Garrido-Latorre, & León-Reyes, 2001).

Assim, a experiência do climatério está significativamente relacionada com as expectativas das mulheres relativamente a este evento (McKinlay, McKinlay, & Bramilla, 1987, cit. Chornesky, 1998) e o impacto psicológico desta fase é influenciado

por valores sociais (Beyenne, 1986, cit. Adekunle, 2000).

1. CARACTERIZAÇÃO DO CLIMATÉRIO FEMININO

O modelo biomédico advoga a ideia de que para cada doença existe uma causa biológica primária objectivamente identificável. Assim, no caso específico do climatério, a diminuição radical de estrogénio (ou cientificamente descrito por hipoestrogenismo) é a génese da doença, reconhecida como uma doença deficitária.

1.1. *Conceitos*

A menopausa tem sido definida como um evento singular, consequência da cessação das menstruações, ou como um processo que envolve os estádios da perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Hammond, 1994).

Os termos menopausa e climatério têm sido usados indistintamente para referir todo o processo que envolve vários estádios (Gannon & Ekstrom, 1993). Contudo, como é referido por vários investigadores, o termo climatério é o mais adequado, quando nos referimos a todas as fases que este processo integra, perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Oldenhave et al., 1994).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) existem quatro estádios do ciclo menstrual: (a) a pré-menopausa, definida pela regularidade menstrual durante os últimos doze meses; (b) a perimenopausa, período de tempo que vai de dois a oito anos que antecede a menopausa, quando não se verifica ainda um período de amenorreia que atinja doze meses consecutivos, mas os ciclos são irregulares e mais pequenos, aumentando o número de dias entre menstruações e caracteriza-se pelo início dos acontecimentos biológicos, endócrinos, psicológicos que marcam o fim da etapa reprodutiva; (c) a menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente (só pode ser estabelecida em retrospectiva, após doze meses consecutivos de amenorreia), resultado da perda de actividade folicular; (d) e a pós-menopausa, que se inicia um ano após a amenorreia.

A perimenopausa precede a menopausa e é usualmente caracterizada pela irregularidade dos ciclos

menstruais ou por alterações na sua duração (Hammond, 1997; Oldenhave et al., 1994). Consiste num importante estágio, dado que as alterações físicas e emocionais que estão associadas à menopausa se iniciam dez anos ou mais antes da cessação da menstruação (Matthews, 1992). É associada à diminuição de estradiol e progesterona e ao desenvolvimento de um conjunto de sintomas (Hee, Macnaughton, Bangah, & Burger, 1993). No entanto, é consenso geral que os sintomas que estão associados à diminuição hormonal são os afrontamentos e os suores nocturnos; os sintomas psicossomáticos, tais como, fadiga, irritabilidade e esquecimento, parecem ocorrer mais frequentemente durante esta transição (Oldenhave, Jaszman, Haspels, & Everaerd, 1993).

A fisiologia e as manifestações clínicas da transição da perimenopausa para a menopausa não são bem conhecidas; no entanto, alguns sintomas, como por exemplo os afrontamentos, parecem constituir o início da perimenopausa.

A menopausa indica o final da vida reprodutiva da mulher (Pérez, La Rosa, & Durán, 1996), pois surge quando os folículos se tornam insuficientes para produzir estrogénios nas concentrações necessárias para induzir a menstruação (Silva et al., 1999). A sua existência é certificada após ter decorrido um ano sem menstruações (Ferrer, Rodrigo, & Hernandez, 2000).

Quanto à pós-menopausa, esta consiste no período que decorre desde o final da menstruação até à morte (Silva et al., 1999).

O período que precede e acompanha a perda da capacidade reprodutiva, até à cessação definitiva da função ovárica, associa-se a um conjunto de sinais e sintomas conhecidos como Síndrome Climatérica (Rodríguez & Despaigne, 1999). A síndrome climatérica agrupa “quatro entidades fisiopatológicas: a hemorragia uterina disfuncional, o síndrome vasomotor, a síndrome psiconeurofisiológica e a atrofia genito-urinária” (Ferrer et al., 2000, p. 7).

1.2. Etiologia

A produção de folículos ováricos, células produtoras de hormonas, já está completa antes da formação total do feto, e o seu número começa a diminuir mesmo antes do nascimento (Gouveia

da Silva, 1999). Desta forma, o número de folículos declina continuamente durante a vida reprodutiva da mulher, com uma taxa acelerada a partir dos 38 anos de idade, e toda a endocrinologia da menopausa basear-se-á em mudanças do número e função dos folículos ováricos (Burger, 1999).

Precedendo a menarca, o Hipotálamo envia mensagens à Hipófise para que sejam produzidas hormonas Luteinizantes (LH) e hormonas folículo estimulantes (FSH), que estimularão os ovários a produzirem hormonas femininas (estrogénio e progesterona). O estrogénio passa então a possibilitar a ovulação, dando início à vida reprodutiva que se prolongará até ao climatério.

No climatério, os ovários passam a não responder à estimulação da Hipófise acarretando alterações hormonais e ocorrendo a elevação de gonadotrofinas pituitárias, de hormonas luteinizantes e de hormonas estimulantes foliculares. Consequentemente, há um decréscimo na produção de estrogénio pelo ovário e perda da regeneração e inibição do nível hipotálamo-pituitário. Como resultado do hipoestrogenismo surgem alterações metabólicas, sinais clínicos e sintomas do climatério. Estas alterações vão verificar-se a vários níveis: morfológico, hormonal, metabólico, funcional, psíquico e cognitivo (Gouveia da Silva, 1999). Porém, outras áreas do corpo continuam a produzir estas hormonas, muito embora a sua quantidade seja muito reduzida, comparativamente com a produção ao nível do sistema ovárico (Hammond, 1994; Kamen, 1993, cit. Huffman & Myers, 1999).

Etiologicamente, a menopausa pode resultar de intervenções médicas (histerectomia, quimioterapia, ou radiação), ou ser consequência de um processo biológico numa altura específica da vida da mulher (Huffman et al., 1999).

1.3. Idade e factores que influenciam o início da Menopausa

Existe um amplo espectro de idades na ocorrência da menopausa, pois pode ocorrer entre os 39 anos e os 59 anos (Oldenhave et al., 1994), no entanto, a média ronda os 51 anos (Rosvold-Brenholtz, 1995; Singer & Hunter, 1999).

Na população portuguesa, a média de idades em que ocorre a menopausa natural ronda os 48 anos (Silva et al., 1999).

A menopausa prematura surge aos 40 anos ou menos de idade (Coulán & Stern, 1991; Ginsburg,

1991) e a menopausa tardia prolonga-se a uma idade acima dos 55 anos (Pérez et al., 1996).

Apesar dos avanços recentes no conhecimento das alterações hormonais associados à menopausa, ainda subsiste a incerteza sobre os factores que podem afectar a sua idade de início. É provável que existam factores socioeconómicos, ambientais, raciais, nutricionais ou uma combinação multifactorial que possam explicar, pelo menos em parte, as variações observadas ao nível da idade de início da menopausa.

No estudo realizado por Pérez e cols. (1996), observa-se um aumento da idade de início da menopausa à medida que aumenta o número de gravidezes e partos, sendo também mais tardia nas mulheres que amamentam os filhos.

Outro factor que parece influenciar a idade de início da menopausa é a presença de um padrão menstrual irregular, ou seja, mulheres que apresentam um ciclo menstrual irregular, tendem a ter uma menopausa mais tardia (Whelan, Sandler, McConaughy, & Weinberg, 1990).

Amigoni, Morelli, Parazzini e Chatenoud (2000), num estudo realizado em Itália, concluem que as mulheres fumadoras entram em fase menopáusica mais precocemente, o que é constatado por mais autores (e.g., Hardy, Kuh, & Wadsworth, 2001; Pérez et al., 1996).

Quanto à associação entre utilização da pílula contraceptiva durante os anos férteis e a idade mais tardia da menopausa, os dados não permitem concluir que ao haver um armanejamento de ovócitos, a menopausa poderá ser mais tardia.

2. MODELOS EXPLICATIVOS DO CLIMATÉRIO FEMININO

A clarificação das relações entre o climatério e a saúde e a doença da mulher é uma tarefa difícil e inacabada, tendo esta área merecido uma empenhada e profunda reflexão crítica.

Efectivamente, perante um fenómeno tão especial como é o climatério, têm emergido vários modelos com a finalidade de compreender a relação entre o climatério, a saúde, a doença e outros factores sobejamente articulados.

2.1. *Modelo Biomédico*

O modelo biomédico consubstancia-se na deter-

minação de uma génese biológica para qualquer doença, à qual corresponde naturalmente uma sintomatologia biológica ou física (Bergner & Gilson, 1981). Segundo Good (1996), o conhecimento médico é visto como uma representação experimental e objectiva de realidades biológicas que são as doenças, totalmente independentes dos contextos sócio-culturais de ocorrência. Nesta perspectiva, o climatério é compreendido como doença de deficiência hormonal (Rostovsky et al., 1996) e, por consequência, uma fase problemática ao nível físico e emocional. Todavia, somente existe evidência da relação entre hipoes-trogenismo e afrontamentos, permanecendo inconsistente a sua conexão com a psicopatologia.

O sofrimento do climatério é adjudicado a alterações endócrinas, as quais requerem tratamento de substituição (McCrea, 1983, cit. Chornesky, 1998). Advogando-se que todas as mudanças por que passa a mulher neste estágio desenvolvimental podem ser acauteladas ou mesmo eliminadas com o uso de terapêuticas, que têm como finalidade diminuir os sintomas imediatos do climatério e prevenir as doenças cardiovasculares e ósseas (Zahar, Aldrighi, Tostes, Russomano, & Zahar, 2001).

Reynolds (1997) argumenta que a conceptualização médica do climatério faz com que o tratamento usualmente oferecido a este público-alvo seja substancialmente médico (através da terapia hormonal de substituição), em detrimento de outras intervenções, tais como psicológicas ou de aconselhamento. Estas intervenções são, segundo o autor, justificadas na medida em que 15 a 20% das mulheres que experimentam sintomatologia vasomotora também apresentam considerável mal-estar. Como é indubitavelmente patente, este discurso fundamenta-se exclusivamente em aspectos orgânicos, promovendo a pré-dica da eterna juventude, efeito conseguido por uma “pílula quase milagrosa” que vai coibir o envelhecimento. É neste sentido que Stotland (2002) critica o próprio nome “substituição” que se dá à terapia hormonal, considerando que este apelativo acentua os receios das mulheres relativamente a esta fase.

Assim, o estudo realizado por Woods e cols. (1998, cit. Martín et al., 2003) com o objectivo de avaliar a relação entre as atitudes em relação ao climatério e os paradigmas explicativos deste evento, sugerem que as mulheres que consideram esta etapa como uma deficiência hormonal cujos sintomas podem ser tratados, patenteiam atitudes positivas em relação à terapia hormonal de substituição, considerando-a como mais eficaz e com

menos riscos, comparativamente com as mulheres que não têm esta visão.

2.2. *Modelo Sócio-cultural*

Este modelo, em contraste com o supracitado, propõe o climatério como um processo natural com poucos ou nenhuns efeitos para a mulher (Hunter et al., 2001), e que os problemas advêm substancialmente da construção cultural, estando, por exemplo, associados a estereótipos e a atitudes relativamente ao envelhecimento, à perda de papéis sociais (Kaufert, 1982, cit. Hunter et al., 2001).

Embora a menopausa ocorra na meia-idade e não na terceira idade, as imagens associadas a esta fase vital são confundidas com as da velhice, constituindo o símbolo do início do envelhecimento feminino. Porém, esta associação, relaciona-se mais como uma categoria de classificação social, que com a perda das capacidades físicas e cognitivas (Delanoe, 1997). Além disso, e apesar da aparência da maioria das mulheres com cinquenta anos ser bastante boa, o estereótipo clássico da mulher no climatério, para além de ser altamente negativo, assume características do envelhecimento, como uma mulher enrugada, frágil e debilitada.

Com base neste modelo, tem-se tentado justificar e compreender a colossal variação transcultural de significados do climatério. Com efeito, a literatura mostra que em culturas onde o envelhecimento é valorizado, onde as mulheres mais velhas constituem modelos de sabedoria e experiência (Kerr-Corrêa, Beltrame, & Crepaldi, 1998), como é o caso da Indiana, a menopausa é considerada como uma importante passagem, em que a mulher adquire novos estatuto/papel e privilégio (Starck, 1993, cit. Chornesky, 1998). Em oposição, na cultura Ocidental, a super valorização da juventude, faz com que a menopausa seja encarada com receio, como um passo prévio para o envelhecimento e a inutilidade, traduzindo o início de um período de vida depressivo aliado à perda de fertilidade (Benedek, 1950, cit. Chornesky, 1998) e à deterioração associada ao envelhecimento, contribuindo para a sensação de fracasso e insatisfação na menopausa ocidental (Ballinger, 1990). A própria identificação sócio-cultural da maternidade com a identidade feminina, faz com que a infertilidade seja uma situação crítica para as mulheres que centraram a sua identidade na maternidade (Defey, 1996, cit. Filipe, 2001). Neste sentido, a própria sintomatologia vasomotor

(como por exemplo, os afrontamentos) é, muitas vezes, descrita como constrangedora na medida em que, de certa forma, revela informação pessoal sobre a idade e funcionamento reprodutivo, fazendo com que as mulheres se sintam pressionadas a ocultarem os sinais da sua idade.

Na opinião de Weber (1997, cit. Filipe, 2001, p. 46), “os medos sobre o envelhecimento, que sentem as mulheres de meia-idade, excedem, de longe, as preocupações sobre afrontamentos ou secura vaginal”. Isto é, não são tanto os factores sintomáticos que preocupam as mulheres climatéricas mas sim, as perdas contextualizadas numa cultura de género, como a perda de fertilidade, fazendo com que a sua posição social feminina, assumida durante os seus anos reprodutivos, possa ser afectada.

Assim, e pela primeira vez, a mulher tem de lidar com a perda da juventude (Ellman, 1996), com a perda dos importantes papéis que ocupava (Patterson & Lynch, 1988). Neste sentido, a investigação de Bart (1971, cit. Filipe, 2001) permite concluir que o aumento de sofrimento psicológico durante o climatério está relacionado com o baixo estatuto social que as mulheres idosas desempenham na sociedade.

Nesta perspectiva, o climatério consiste num período vital de mudanças que, devido a condicionamentos sociais, mitos, estereótipos, é reiterado pelo imaginário social como o episódio preliminar para o envelhecimento e a improficuidade.

Em suma, entrar na meia-idade, na sociedade ocidental, que idolatra a beleza e a vitalidade do jovem, tem efeitos ao nível emocional pela perda de valores estéticos tão prezados.

2.3. *Modelo Psicossocial*

Greene (1984) propõe uma abordagem do climatério centrada na vulnerabilidade, sendo esta influenciada tanto por factores hormonais como por factores causadores de stresse, nomeadamente: o ninho vazio, o divórcio, os lutos, conflitos ou problemas de saúde, entre outros. Neste sentido, os estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha suportam que os factores de stresse psicossociais e a sintomatologia climatérica estão relacionados (Bromberger & Matthews, 1996; Kaufert, Gilbert, & Tate, 1992), sendo o sofrimento psicológico durante a meia-idade explicado pela sua presença.

Quanto ao chamado “síndrome do ninho vazio”

definido como a fase em que os filhos deixavam a casa, Myra Hunter (1990) considera que apesar das crenças populares acerca deste fenómeno, não existem dados que suportem que este factor é gerador de stress para as mulheres que se encontram na meia-idade.

Em relação a outros factores, como o divórcio, a separação e a viuvez, Green e Cooke (1981, cit. Hunter, 1993), com o objectivo de avaliar o impacto do climatério, analisam uma série de acontecimentos vitais e concluem que o divórcio e os lutos estão associados à sintomatologia psicológica e somática. Também Hunter (1990) e Avis e McKinlay (1991), concluem a partir do estudo da variável estado civil, que as mulheres separadas, divorciadas, ou viúvas, parecem estar em maior risco de sofrimento psicológico e têm mais probabilidade de estarem deprimidas nesta fase, comparativamente com as solteiras e as casadas.

No entanto, muitas vezes, as mulheres em vez de atribuem o sofrimento psicológico a problemas vitais, atribuem-no ao climatério (Hunter, 1997).

Outra ideia subjacente a este modelo tem a ver com as mudanças hormonais (o hipoestrogenismo), todavia, alguns autores concluem que os factores de stress aliados à vulnerabilidade existente nesta fase, são mais importantes para a eclosão de sintomas depressivos, do que o próprio hipoestrogenismo.

Outro factor que parece predizer a sintomatologia menopáusica é o estatuto sócio-cultural. Gise (1995) verifica que as mulheres que apresentam um nível sócio-cultural mais baixo têm mais sintomas climatéricos, opinando que o emprego pode ser um factor protector de saúde emocional, ao atenuar o efeito de stress associado ao papel da maternidade, ao mesmo tempo que dá significado à vida da mulher.

2.4. *Modelo Biopsicossocial*

Este modelo emerge na tentativa de estabelecer alternativas ao modelo biomédico e sócio-cultural. O modelo biopsicossocial (Engel, 1977; Seeman, 1989), ao oferecer uma visão mais abrangente da saúde, considerando quer os aspectos biológicos, quer os cognitivos e sociais, sugere que o impacto do climatério é determinado à luz de múltiplos contextos: biológico, cultural e psicossocial. Acrescenta o potencial do indivíduo e do meio circundante na explicação dos fenómenos de saúde/doença (Breslow, 1987). Focaliza o estudo do climatério nas repre-

sentações cognitivas da menopausa (Hunter et al., 2001) já que segundo os resultados de algumas investigações se conclui, por um lado, que as atitudes negativas prévias à menopausa são preditoras de sintomatologia vasomotora durante a menopausa (Avis et al., 1991) e, por outro, que as mulheres que consideram que no climatério se experienciam problemas físicos e emocionais, apresentam mais frequentemente, quando se encontram nesta fase, humor depressivo.

A diversidade de abordagens utilizadas no estudo do climatério identifica a plena urgência de se construir uma definição mais abrangente e mais contextualizada de todo este processo. Como refere Hunter e col. (2001), as cognições sociais das mulheres acerca deste fenómeno foram frequentemente descuradas, salientando que se mostram surpreendidos por este facto, dado a inerente natureza deste processo.

Como conclusão e interpretação destes distintos modelos justificativos do climatério, é pertinente aduzir o estudo de Figueiras (1994), no qual se averigua que as representações sociais diferem de contexto para contexto, sugerindo que as mulheres portuguesas relacionam este evento com consequências físicas, comparativamente com as mulheres britânicas que associam esta fase à perda da feminilidade e envelhecimento.

Com efeito, e tendo estes modelos como pano de fundo, podemos conjecturar que sendo o climatério um sucesso biológico e não uma doença, as mulheres podem vivenciar este momento evolutivo de forma diferente em função das atribuições em relação às alterações manifestadas, das suas atitudes relativamente a essas mudanças e das expectativas e crenças quanto aos sintomas que se devem esperar e a sua influência na saúde feminina.

Em suma, as atitudes das mulheres relativamente ao climatério indicam, que estas são fortemente influenciadas pelas dimensões sócio-culturais e económicas, implicando que em diferentes culturas existam diferentes atitudes e diversos sintomas relacionados com esta etapa desenvolvimental (Adekunle, 2000; Chornesky, 1998).

3. PISTAS DE INTERVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta os efeitos que as representações

sociais podem ter na vivência e percepção subjectiva do climatério feminino, reflecte-se a necessidade de uma maior educação e informação sobre esta etapa vital para que as atitudes das mulheres em fase climatérica não estejam tão fortemente condicionadas por estereótipos e crenças relacionadas com este evento. Desta forma, os técnicos de saúde estão na posição ideal para fornecer a informação e criar o contexto que suporta a definição do climatério como um período normativo de transição (Mansfield & Voda, 1993; Utian & Schiff, 1994), por um lado, para reduzir as expectativas negativas relativamente a esta fase (Bell, 1995) e, por outro, para que as estratégias de prevenção sejam mais efectivas (Holmes-Rovner et al., 1996, cit. Martín et al., 2003).

Quanto a áreas de investigação, consideramos que seria importante analisar as representações sociais que alguns grupos privilegiados (companheiros, familiares, técnicos de saúde, média) constroem do climatério. Esperamos que a análise das relações que se estabelecem entre estas diferentes representações sociais permitam aprofundar a compreensão dos seus processos de construção e transformação e, assim, otimizar a via de acesso à promoção da saúde e prevenção da doença nas mulheres pré-menopáusicas, perimenopáusicas e pós-menopáusicas.

Uma questão no âmbito do climatério que nos parece necessário dar mais atenção, tanto em termos teóricos como de investigação, refere-se à história clínica de perturbações emocionais. Esta é, aliás, uma das principais recomendações, dado que parece existir uma correlação forte entre a sua presença e perturbações nesta fase desenvolvimental.

Já em relação à imagem corporal, poucos estudos têm avaliado esta dimensão. Embora seja difícil distinguir entre as mudanças provocadas pela menopausa das que resultam do próprio envelhecimento, era interessante investigar qual a preocupação que as mulheres têm em relação a esta dimensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AdeKunle, A. O. (2000). Perceptions and Attitudes of Nigerian Women about the Menopause. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 20 (5), 525-530.

- Amiogi, S., Morelli, P., Parazzini, F., & Chatenoud, L. (2000). Determinants of elevated blood pressure in women around menopause: results from a cross-sectional study in Italy. *Maturitas*, 34 (1), 25-32.
- American Psychiatric Association (1987). *Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Avis, N. E., Brambilla, D., McKinlay, S. M., & Vass, K. (1994). A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol*, 4 (3), 214-220.
- Avis, N. E., & McKinlay, S. M. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes towards the menopause: Results from the Massachusetts women's health study. *Maturitas*, 13, 65-79.
- Ballinger, C. B. (1990). Psychiatric aspects of the menopause. *British Journal of Psychiatry*, 156, 773-787.
- Bottel, M. L., Domínguez, S. V., & Piñero, J. P. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II). *Revista Cubana Obstet Ginecol*, 27 (1), 22-27.
- Bromberger, J. T., & Matthews, K. A. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychology and Aging*, 11, 207-213.
- Burger, H. G. (1999). The endocrinology of the menopause. *J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.*, 69, 31-35.
- Chornesky, A. (1998). Multicultural Perspectives on Menopause and the Climacteric. *Journal of Women & Social Work*, 13 (1), 31-47.
- Delanoe, D. (1997). Les Représentations de la Ménopause: un enjeu des rapports sociaux d'âge et de sexe. *Contraceptilite Fertilité Sexualite*, 25 (11), 853-860.
- Demetrio, F. N. (2000). *Efeito da Terapia de Reposição estrogénica sobre o humor e a ansiedade em mulheres menopausicas*. Dissertação de Mestrado não publicada. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Favarato, M. E. C. S. (2000). *A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado não publicada. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Ferrer, J., Rodrigo, C. P., & Hernandez, P. (2000). La Medicina del Trabajo y el Síndrome Climatérico. *Boletín Informativo de La Sociedad Asturiana de Medicina e Seguridad en el Trabajo*, 7, 7-17.
- Filipe, M. T. (2001). *Atitudes e Crenças em Relação à Menopausa e Terapêutica Hormonal de Substituição*. Monografia de Licenciatura em Psicologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Figueiras, M. J. (1994). *The experience of the Menopause: a Comparison between Portugal and the United Kingdom*. Msc. Dissertation in Health Psychology. London: University of London – UMDS – Guy's Hospital.
- Gannon, L., & Ekstrom, B. (1993). Attitudes toward menopause: The influence of sociocultural paradigms. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 275-288.

- Ginsburg, J. (1991). What determines the age at the menopause? *British Medical Journal*, 302, 1288-1289.
- Gise, L. (1997). Psychological Aspects. In D. E. Stewart, & G. E. Robinson (Eds.), *A clinician's Guide to Menopause*. Washington, DC: Health Press International.
- Good, B. J. (1996). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective* (3rd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gouveia da Silva, M. F. (1999). *Estudo comparativo sobre o desempenho em provas de memória e atenção entre mulheres pré-menopausadas deprimidas e não deprimidas*. Dissertação de Mestrado não publicada. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Greene, J. G. (1984). *The social and psychological origins of the climacteric syndrome*. Aldershot: Gower.
- Hammond, C. B. (1994). Women's concerns with hormone replacement therapy: compliance issues. *Fertility and Sterility*, 62, 157-160.
- Hammond, C. B. (1997). Management of Menopause. *American Family Physician*, 55 (5), 1667-1675.
- Hardy, R., Kuh, D., & Wadsworth, M. (2001). Smoking, social factors, and the menopause. *Menopause Digest*, 13 (4), 25-28.
- Huffman, S. B., & Myers, J. E. (1999). Counseling Women in Midlife: An Integrative Approach to Menopause. *Journal of Counseling & Development*, 77 (3), 258-257.
- Hunter, M. S. (1990). Somatic experience of the menopause: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 52, 357-367.
- Hunter, M. S. (1993). Predictors of menopausal symptoms. Psychosocial aspects. Baillieres. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 7 (1), 33-45.
- Hunter, M. S. (1996). Depression and the Menopause. *British Medical Journal*, 313, 1217-1218.
- Hunter, M. S. (1997). Menopause and postmenopause. In A. Baum, J. Weinman, & S. Newman (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hunter, M., & O'Dea, I. (2001). Cognitive Appraisal of the Menopause: The Menopause Representations Questionnaire. *Psychology, Health and Medicine*, 6 (1), 65-76.
- Kaufert, A. S., Gilbert, P., & Tate, R. (1992). The Manitoba project: A re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14, 143-155.
- Kerr-Corrêa, F., Beltrame, A. L., & Crepaldi, A. L. (1998). Relação entre depressão e menopausa: revisão e implicações para o tratamento. *Estudos em Saúde Mental*, 166-192.
- López, F. R. P. (1997). Menopausia, Climaterio y Envejecimiento. In E. Arnedo (Ed.), *El gran Libro de la mujer* (pp. 175-242). Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Mansfield, P. K., & Voda, A. M. (1993). From Edith Bunker to the 6:00 News: What and how midlife women learn about menopause. *Women & Therapy*, 14, 89-103.
- Martín, J. J. D. L. G., Hernández, J. S., Sanches, M. A. D., & Hernández, E. M. (2003). Influencia de las actitudes, expectativas y creencias en la adaptación a la menopausia. *Anales de Psiquiatria*, 19 (8), 329-336.
- Mattews, K. A. (1992). Myths and Realities of the Menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54, 1-9.
- McIntyre, T. (1997). A Psicologia da Saúde em Portugal na Viragem do Século. *Sociologia: Teoria, investigação e prática*, 2 (2), 161-177.
- McKinlay, S. M., Bifano, N. L., & McKinlay, J. D. (1985). Smoking and age at menopause in women. *Ann Int Med*, 103, 350-356.
- Oldenhave, A., Jaszmann, L. J. B., Haspels, A. A., & Everaerd, W. T. (1993). Impact of climacteric on well-being: A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 168, 772-780.
- Oldenhave, A., & Netelenbos, C. (1994). Pathogenesis of climacteric complaints: ready for change? *Lancet*, 343, 649-653.
- Patterson, M. M., & Lynch, A. Q. (1988). A menopause: Salient issues for counsellors. *Journal of Counseling and Development*, 67, 185-188.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F., & León-Reyes, V. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*, 43 (5), 408-414.
- Pérez, M. G., La Rosa, L. C., & Durán, R. S. P. (1996). Factores que influyen en la edad de la menopausia natural. *Revista Cubana Endocrinol*, 8 (3), 217-222.
- Reynolds, F. (1997). Psychological responses to menopausal hot flushes: implications of a qualitative study for counseling interventions. *Counseling Psychology Quarterly*, 10 (3), 309-412.
- Rodríguez, V. C. B., & Despaigne, D. N. (1999). Factores relacionados con la decisión de solicitar la terapia hormonal de remplazo. *Revista Cubana End*, 10 (1), 43-49.
- Rosuold-Brenholtz, H. (1995). The Menopause and Hormone Therapy. *National Women's Health Report*, 17, 1-5.
- Rostovsky, S. S., & Travis, C. B. (1996). Menopause Research and the dominance of the biomedical model 1984-1994. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 285-312.
- Schneeberger de Athayde, J. (1987). *Elementos da psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Senarclens, M., & Fisher, W. (1977). *Amenorreia: Feminilidade Impossível? Estudo Sócio-Psicossomático*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sheehy, G. (1993). *The silent passage*. New York: Pocket Books.
- Silva, D. P., & Silva, J. A. (1999). *Terapêutica Hormonal de Substituição na Prática Clínica*. Lisboa: Organon Portuguesa, Lda.
- Utian, W. H., & Schiff, I. (1994). NAMS – Gallup Survey on Women's Knowledge, information sources, and attitudes to menopause and hormone replacement therapy. *Menopause*, 12, 77-127.

World Health Organization (1996). *Scientific group on research on menopause in the 1990s* (Tech. Rep. n. 886). Geneva, Switzerland: Author.

Zahar, S. E., Aldrighi, J. M., Tostes, M. A., Russomano, F., & Zahar, L. O. (2001). Avaliação da qualidade de vida na menopausa. *Reprodução & Climatério*, 16 (3), 163-166.

RESUMO

O artigo sintetiza alguns contributos teóricos no âmbito do climatério. Pretende-se explicitar alguns conceitos fundamentais relacionados com o processo climatérico. Serão também apresentados alguns modelos explicativos, mostrando-se como esta etapa do ciclo vital tem sido científica e socialmente construídos. Finalmente,

são apresentadas algumas pistas para investigação sobre uma temática.

Palavras-chave: Climatério feminino, representações sociais, sintomatologia.

ABSTRACT

This article focuses the theories about climateric. We intend to explain some concepts related to this process. We will present some explicative models, showing how this life span phase has been scientific and socially constructed. Finally, some suggestions will be given to develop further research in this area.

Key words: Climateric, social representations, symptomatology.